

แผนปฏิบัติการ ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ ปี 2561

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
ความเป็นเลิศด้านบริการ	สนับสนุนส่งเสริมความเป็นexcellentในการพัฒนาวิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค	พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	1.เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกหน่วยงาน	ต.ค.60-ก.ย.61							คุณภมร
			1.1 ติดตามการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ 8 ภาควิชา		ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติ (8 แนวปฏิบัติ)	≥ร้อยละ 80	NA	NA	NA	
			1.2 สร้างแนวปฏิบัติเพิ่มให้ครอบคลุม 5 โรคหลักของ 8 ภาควิชา		แนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะโรค	จำนวนแนวปฏิบัติ	8 เรื่อง	NA	NA	NA	
			1.3 ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลของแต่ละรายโรคของกลุ่มโรคสำคัญและปรับปรุงพัฒนางานให้ได้ตามเป้าหมาย		ผลลัพธ์เฉพาะของรายโรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ	ความสามารถในการดูแลตนเองที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์	ตามแต่ละรายโรค	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			1) โรคหลอดเลือดสมอง		การกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรค เดิม	อัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรค เดิม	ร้อยละ 2	NA	NA	NA	
					การประเมิน Swallow test	อัตราการ ประเมิน Swallow test	ร้อยละ 100				
					การได้รับ ความรู้ในขณะ อยู่ที่ โรงพยาบาล	ร้อยละของ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ ได้รับความรู้ ในขณะที่อยู่ที่ โรงพยาบาล	ร้อยละ 100				
					การเกิดภาวะ ปอดอักเสบ	อัตราการเกิด ภาวะปอด อักเสบ	ร้อยละ 0				
			2) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยทั้งหมด 70 ราย ทำ CAG + PCI 68 ราย		การเสียชีวิต	อัตราการ เสียชีวิต	≤ ร้อยละ 10				
					Door to EKG	Door to EKG <10 นาที (จาก การ triage ที่	ร้อยละ 100				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ	
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560		
						ถูกต้องของพยาบาล ER)						
					Door-to-needle (fibrinolysis)	Door-to-needle (fibrinolysis) < 30 นาที	ร้อยละ 100					
					Door-to-needle (fibrinolysis)	Door-to-needle (fibrinolysis) < 30 นาที	ร้อยละ 100					
					การเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cm หลัง CAG	ร้อยละการเกิด Hematoma ขนาด > 5x5 cm หลัง CAG	ร้อยละ 0					
					การได้รับยา Antiplatelet ภายใน 24 ชม.	อัตราการได้รับยา Antiplatelet ภายใน 24 ชม.	ร้อยละ 100					
					ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD	ร้อยละ 100					

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
					ความสามารถในการดูแลตนเอง	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับดี - ดีมาก	ร้อยละ 100				
					การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ใน 1 เดือนแรก	อัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ใน 1 เดือนแรก	ร้อยละ 100				
					การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม	อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม	≤ ร้อยละ 5				
					การเลิกบุหรี่ ติดตาม 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี	ร้อยละของการเลิกบุหรี่ ติดตาม 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี	≥ ร้อยละ 50				
					ค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C หลังจำหน่าย 6 เดือน < 100 มก.ต่อ ดล.	≥ ร้อยละ 50				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			3) ผ่าตัดหัวใจ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 38 ราย เป็นผู้ป่วย Valve surgery 21 ราย CABG 13 ราย CABG + Valve 4 ราย		การเลื่อนผ่าตัดจากการไม่ได้งดยา anti-platelet	อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากการไม่ได้งดยา anti-platelet, anticoagulant	<ร้อยละ 5				
					ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับดี - ดีมาก	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี - ดีมาก	≥ร้อยละ 85				
					การติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	SIR <1 (*SIR=Standardized Infection Ratio)				
					ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin)	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา และ INR 2-3 (*INR=International normalized Ratio)	>ร้อยละ 60				
					การเกิด ภาวะ shock จาก	อัตราการเกิด ภาวะ shock	<ร้อยละ 5				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
					cardiac tamponade	จาก cardiac tamponade					
					การเกิด cardiac arrest จาก threatening cardiac arrhythmia	อัตราการเกิด cardiac arrest จาก threatening cardiac arrhythmia	<ร้อยละ 5				
					การ Re-sternotomy for active bleeding	อัตราการ Re-sternotomy for active bleeding	<ร้อยละ 5				
					คะแนนความปวด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3	ร้อยละ 100				
					Unplanned re-entry ICU ≤ 48 hours	ร้อยละของผู้ป่วย Unplanned re-entry ICU ≤ 48 hours	<ร้อยละ 5				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			4) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล 56 ราย ผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้า/แผลผ่าตัด 30 ราย		ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับดี - ดีมาก	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี - ดีมาก	≥ ร้อยละ 85				
					ความสามารถในการดูแลบริเวณเท้า/แผลผ่าตัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลเท้า/แผลผ่าตัด	≥ ร้อยละ 85				
					การจัดการความปวด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับความปวดก่อนจำหน่าย ≤ 3 คะแนน	≥ ร้อยละ 90				
					การสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย(ขา)หลังผ่าตัดภายใน 24 ชม.	อัตราการสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย (ขา)หลังผ่าตัดภายใน 24 ชม.	0				
					การเสียชีวิต (ตามความเสี่ยงเฉพาะโรค)	อัตราการเสียชีวิต	≤ ร้อยละ 5				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
					1) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบ 2) หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง 3) เลือดออกง่าย (ได้รับยา heparin) 4) เส้นเลือดอุดตันซ้ำหลังผ่าตัด/ทำหัตถการ 5) เลือดออกตำแหน่งรอยแทงเข็ม						
					การติดเชื้อของแผลซ้ำในผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง (แผลขาดเลือดบริเวณเท้า)	อัตราการติดเชื้อของแผลซ้ำในผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังหลังจำหน่าย	≤ ร้อยละ 10				
					การเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี	ร้อยละผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จใน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี	≥ ร้อยละ 90				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			4) บาดเจ็บสมอง (ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปานกลาง ถึงรุนแรง) จำนวน 18 ราย ADL>5 เท่ากับ 10 ราย ADL<5 เท่ากับ 8 ราย		ความสามารถ ในการทำ กิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายที่ เพิ่มขึ้นจากแรก รับ (กลุ่มค่า คะแนน ADL แรกรับ >5)	ร้อยละของผู้ป่วย ที่มีความสามารถ ในการทำกิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายเพิ่มขึ้น จากแรกรับ	ร้อยละ 100				
					ความสามารถ ในการทำ กิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายคงเดิม จากแรกรับ (กลุ่มค่าคะแนน ADL แรกรับ 0- 4)	ร้อยละของผู้ป่วย ที่มีความสามารถ ในการทำกิจวัตร ประจำวันก่อน จำหน่ายคงเดิม จากแรกรับ	≥ร้อยละ 80				
					การพูดแย่ง ภายใน 3 วัน	อัตรา GSC ด้าน การพูดแย่ง ภายใน 3 วัน	0				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
					การกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วัน	อัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วัน	0				
					VAP CLAPSI UTI	อัตราการเกิด VAP CLAPSI UTI	VAP ≤ 0.9 ครั้ง/1000 ventilator- days)				
							CLABSI ≤ 1.0 ครั้ง/1000 catheter- days				
							CAUTI ≤ 2.0 ครั้ง/1000 catheter- days				
			5) มะเร็งโลหิตวิทยา		ความสามารถ ในการดูแล ตนเอง	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การดูแลตนเอง ในระดับดี - ดี มาก	\geq ร้อยละ 85				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
					CLA-BSI	อัตราการเกิดการติดเชื้อในสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLA-BSI) Adult	≤1.0 ครั้ง/1000 catheter-days				
			6) มะเร็งตับ ผู้ป่วยที่ดูแลมีจำนวน 50 ราย -เก็บข้อมูลการดูแลตนเอง 45 ราย - 5 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับ ลูกถามระยะท้ายดูแลเรื่องความทุกข์ทรมาน (ความปวด) -มะเร็งตับระยะต้นและระยะกลางรักษาด้วยการทำ TACE 22 ราย		พฤติกรรม การดูแลตนเอง	พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งตับ/ระดับแข่งขันใน ระดับมาก	≥ร้อยละ 85				
					Self care index						
					ค่าอัลบูมินหลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าอัลบูมินหลังจำหน่าย 6	≥ร้อยละ 50				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
						เดือน เพิ่มขึ้น ≥2%					
					ค่า viral load หลังจำหน่าย 6 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วย ที่มีค่า viral load หลัง จำหน่าย 6 เดือน ลดลงจากเดิม ≥20%	≥ร้อยละ 80				
					การเลิกดื่ม แอลกอฮอล์	ร้อยละของผู้ป่วย ที่มีการเลิกดื่ม แอลกอฮอล์	ร้อยละ 100				
					การ re-admit	อัตราการ re- admit	0				
					ภาวะแทรกซ้อน หลังทำ TACE	อัตราการเกิด bleeding/ hematoma grade 2 (5x5 cm.)	0				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
					ระดับความปวดback pain การติดเชื้อ	ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับความปวดback pain หลังการทำ TACE ≤ 3	\geq ร้อยละ 50				
						ร้อยละของการเกิด sepsis จาก post embolization syndrome	0				
					คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับที่รักษาด้วยวิธี TACE	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่รักษาด้วยวิธี TACE มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง	\geq ร้อยละ 80				
					การบรรเทาความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้าย	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะท้ายมีคะแนนความปวด	\geq ร้อยละ 90				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
						หลังจำหน่าย ≤3 คะแนน					
			7) มะเร็งเต้านม (จำนวนผู้ป่วย 168 ราย เป็น OPD=87 IPD =81)		ภาวะข้อไหล่ติด	อัตราการเกิด ภาวะข้อไหล่ติด	0				
					ความสามารถ ในการดูแล ตนเอง	ร้อยละผู้ป่วยที่มี ความสามารถใน การดูแลตนเอง ในระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 80				
			8) มะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่มี ทวารเทียม จำนวนผู้ป่วย 42 ราย		การทำ stoma siting	ร้อยละของผู้ป่วย elective case ที่ได้รับการทำ stoma siting	≥ร้อยละ 90				
					การวางแผน จำหน่าย	ร้อยละของผู้ป่วย ที่ได้รับการวางแผนการ จำหน่าย	≥ร้อยละ 80				
			Peristomal skin irritation*		การเกิด Skin irritation ใน ผู้ป่วยผ่าตัด ใหม่ใน	ร้อยละการเกิด Skin irritation ในผู้ป่วยผ่าตัด ใหม่ใน	≤ร้อยละ 10				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
					ระยะเวลา 1 เดือน	ใหม่ในระยะเวลา 1 เดือน					
			Stomal prolapse		การเกิด Stoma prolapse ในระยะเวลา 1 เดือน	ร้อยละการเกิด Stoma prolapse ในระยะเวลา 1 เดือน	≤ร้อยละ 10				
			Parastomal hernia		การเกิด parastomal hernia	ร้อยละการเกิด parastomal hernia ในระยะเวลา 1 เดือน	≤ร้อยละ 10				
			- สร้าง/เพิ่มแกนนำแต่ละรายโรค								
			- ผลักดันให้มีการนำแนวปฏิบัติเข้าสู่ PCT								
	สนับสนุนส่งเสริมความเป็นexcellentในการพัฒนาวิธีการ	พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	2. ส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของจรรยาบรรณ/สิทธิผู้ป่วย	ต.ค.60-ก.ย.61	ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจรรยาบรรณของพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมด้านจรรยาบรรณของพยาบาล	ผู้ป่วยใน≥4.6 ผู้ป่วยนอก ≥4.3	NA	NA	NA	คุณภมร

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
	รักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค		2.1 โครงการอบรมจริยธรรมและพฤติกรรมบริการ - พยาบาล (1-5 ปี) 2 รุ่น - Non-professional 2 รุ่นตามแผน IDP (200 คน/รุ่น)		แบบทดสอบความรู้	คะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			2.2 โครงการอบรมจริยธรรมและกฎหมาย พยาบาล ≥5 ปี 2รุ่น								
			2.3 สร้างบรรยากาศจริยธรรม - รณรงค์การใช้สื่อ social media อย่างเหมาะสม								
			- การใช้ info graphic และ ethic round ช่วยสอนเรื่องจริยธรรมและพฤติกรรมบริการ								
			2.4 จัดทำสื่อวีดิทัศน์เรื่องเล่าความดี		สื่อวีดิทัศน์	จำนวนสื่อวีดิทัศน์	1 เรื่อง	NA	NA	NA	
	สนับสนุนส่งเสริมความเป็นexcellentในการพัฒนา	พัฒนาสู่การพยาบาลชั้นนำที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ	3.ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ต.ค.60-ก.ย.61	POS	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า POS รายชื่อและเฉลี่ยลดลง(ก่อนและ	≥ร้อยละ 70				คุณภมร

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
	วิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่ๆที่ก้าวทันโรค					หลังให้ Palliative care)					
					ความพึงพอใจในการดูแลระดับดี-ดีมาก	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการดูแลระดับดี-ดีมาก	≥ร้อยละ 90				
			3.1 Training for the Trainer ผู้เข้าอบรมเป็นคนเดิมและเป็นแกนนำในหอผู้ป่วยเป้าหมาย		เกณฑ์การประเมิน	ผู้เข้าอบรมผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			3.2 จิตอาสาเอ็นซีระ	ทุก 3เดือน เริ่มธค.60	เรื่องที่จัดการสำเร็จ	จำนวนเรื่องที่จัดการสำเร็จ	≥1 เรื่อง	NA	NA	NA	
	การใช้ core competency ในการสนับสนุน/ แก้ไขปัญหา และชี้แนะปัญหาทางสาธารณสุข	นำองค์ความรู้มาปรับใช้ในสภาพความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของสังคมและชุมชน	4.โครงการให้ความรู้ประชาชนทั้งใน/นอกโรงพยาบาล	ต.ค.60-ก.ย.61	การจัดกิจกรรม	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม	≥4 ครั้ง	NA	NA	NA	คุณภมร

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
	ของชุมชนภาคใต้		4.1 อบรมรณรงค์/ป้องกันอุบัติเหตุ								
			4.2 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Caregiver)								
	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	จัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง	5.ควบคุมการติดเชื้อ (VAP,CLABSI,CA-UTI)		อัตราการติดเชื้อ	เทียบเคียงกับ50 percentile NHSN ปี 2012 -2013	Adult VAP 0.9 ครั้ง/1000 ventilator-days	1.34	1.28	1.14 (3 ไตรมาส)	คุณภมร
			5.1 จัดกิจกรรม catheter round ร่วมกับหอผู้ป่วยและหน่วยควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้แกนนำด้านทัศนคติและการจัดการ				Pediatric VAP 0 ครั้ง/1000 ventilator-days	0.72	0.73	0 (3 ไตรมาส)	
			5.2 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม nurse และ non nurse				Adult CLA-BSI 0.9 ครั้ง/1000catheter-days	2.45	2.00	2.00 (3 ไตรมาส)	
			5.3 RCA case ร่วมกับ ICN และผู้เกี่ยวข้อง				Pediatric CLA-BSI 0.7 ครั้ง/	2.90	2.30	3.28 (3 ไตรมาส)	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
ความเป็นเลิศด้านบริการ	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษายาบาล	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง	6.เพิ่มคุณภาพการจัดการความปวด 6.1 เพิ่มความเข้มแข็งให้แกนนำด้านทัศนคติและการจัดการ โดยกิจกรรม KM 6.2 จัดทำแผนการนิเทศการ จัดการความปวดในประเด็นที่มีปัญหา โดย กิจกรรม Quality round ร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพ	ต.ค.60- ก.ย.61	ความพึงพอใจ การจัดการ ความปวด	ร้อยละความพึงพอใจการจัดการความปวดระดับมาก-มากที่สุด	>ร้อยละ 90	ร้อยละ 94.10	ร้อยละ 90.10	ร้อยละ 97.34	คุณยุพา
						การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	>ร้อยละ 90	NA	NA	94.22	
						การประเมินสอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด	>ร้อยละ 90	NA	NA	94.01	
						การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	>ร้อยละ 90	NA	NA	83.21	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
						การให้ข้อมูล เรื่องวิธีการ ความปวด	>ร้อยละ 90	NA	NA	88.47	
					การจัดการ ความปวด	การประเมิน ความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด	>ร้อยละ 95				
						การประเมินซ้ำ ใน 30 นาที เมื่อ คะแนน >3	>ร้อยละ 50				
						การประเมิน ความปวดเมื่อ จำหน่าย	>ร้อยละ 90				
						ความปวดก่อน จำหน่าย ≤ 3	>ร้อยละ 95				
					การเทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการ พยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง	อันดับการ เทียบเคียง เครือข่ายชมรม พัฒนาการ	อันดับ 1 ใน 3				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
						พยาบาลของ รพ.ขนาดกลาง					
					Acute pain			อันดับ 3 ใน 6 (ร้อยละ 94.10)	NA	รอ เครือข่าย รายงานผล (ร้อยละ 97.34)	
					Cancer pain			NA	อันดับ 2 ใน 3 (ร้อยละ 90.10)	NA	
					Pediatric pain			NA	NA	NA	
			6.2 จัดทำแผนการนิเทศการ จัดการความปวดในประเด็นที่ มีปัญหา โดย กิจกรรม Quality round ร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพ		การจัดการ ความปวด	การประเมิน ความปวด ≥ 3 ครั้ง ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด	>ร้อยละ 95	NA	NA	96.23	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
						การประเมินซ้ำ ใน 30 นาที เมื่อ คะแนน >3	>ร้อยละ 50	NA	NA	22.85	
						การประเมิน ความปวดเมื่อ จำหน่าย	>ร้อยละ 90	NA	NA	87.76	
						ความปวดก่อน จำหน่าย ≤ 3	>ร้อยละ 95	NA	NA	97.34	
			6.3 KS การจัดการความปวด โดยไม่ใช้ยา		กิจกรรม	จำนวนครั้งการ จัดกิจกรรม	2 ครั้ง	NA	NA	NA	
			7.ทบทวน ปรับมาตรฐาน การพยาบาลให้ทันสมัย - ทบทวนมาตรฐานที่เหลือ 15 เรื่อง - ติดตามมาตรฐานการ พยาบาลที่ส่งผู้ทรงคุณวุฒิ	ต.ค. 60- ก.ย.61	มาตรฐานการ พยาบาลที่ ได้รับการ ทบทวน/ ประกาศใช้	จำนวนมาตรฐาน ที่ทบทวนและ ประกาศใช้	15 เรื่อง	5	NA	9	คุณยุพา
					มาตรฐานที่ถูก ส่งกลับมา	จำนวนมาตรฐาน ที่ถูกส่งกลับมา	2 เรื่อง				
	กำหนดให้มีการ นำevidence based practice มา	นำองค์ความรู้ด้านการ เรียนการสอน วิจัยมา ปรับใช้ในสภาพความ ต้องการและปัญหาที่	8.โครงการประกันคุณภาพ และ CQI มาตรฐานการ พยาบาล 3 เรื่อง 1) การดูแลหะ		หอผู้ป่วยที่ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	ร้อยละของหอ ผู้ป่วยที่ผ่าน เกณฑ์การ	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	คุณยุพา

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
	ปฏิบัติจริงใน ฝ่ายฯ	แท้จริงของสังคมและ ชุมชน	2) การสวนคาสายสวน ปัสสาวะ 3) การดูแลผู้ป่วยที่ได้ สารละลายทางหลอดเลือดดำ - เก็บ QA มาตรฐานการ พยาบาล - KS และนำมาปรับระบบงาน - วัดค่าส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์			ประเมิน (ร้อยละ 80)					
			9. โครงการตามรอยบันทึก ทางการพยาบาลจาก อุบัติการณ์ระดับ G-I ปี 2560	ต.ค.60- ก.ย.61	บันทึกทางการ พยาบาลที่ได้ ตามรอย	จำนวนบันทึก ทางการพยาบาล ที่ได้ตามรอย	12 แพ้ม	NA	NA	NA	คุณยุพา
			10. Pressure injury	ต.ค.60- ก.ย.61	การเกิดแผลกด ทับ ระดับ1-4 และ 2ลักษณะ	อัตราการเกิด แผลกดทับ	<1.0/1,000 วันนอน				คุณยุพา
			11.Phlebitis และ Extravasation	ต.ค.60- ก.ย.61	การเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 การเกิด Extravasation	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4	<0.26 ครั้ง :1000 วัน นอน				คุณยุพา คุณศรีพงา

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
						อัตราการเกิด Extravasation	<0.05 ครั้ง :1000 วัน นอน				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล	สร้างวัฒนธรรมของความเสี่ยงและความปลอดภัย	10.เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร ความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย - กำหนดให้มี risk owner ด้านยา, Identification , Tube & Line , Fall -จัดอบรมลงเยี่ยมหน่วยงานในอุบัติการณ์ระดับ G -I - ทบทวนและรายงานความเสี่ยง - กิจกรรมรณรงค์อย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน	ต.ค.60-ก.ย.61	อุบัติการณ์ระดับ E-I	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลง	ลดลง ร้อยละ50	40	98	79	คุณลักษณะ คุณศรีพงา คุณวิลาวัลย์ คุณพรทิภา คุณนันทา
						จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I ที่ได้รับการเยี่ยมตรวจทบทวนหน่วยงาน	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			10.1 จัดอบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ 2P safety goals 2018, โปรแกรม risk register สำหรับผู้ตรวจการ หัวหน้าหอ	27-28 ก.พ.61	ความรู้	คะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	วิลาวัลย์

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			ผู้ป่วย/หน่วยงาน/พยาบาล (2 รุ่นๆละ 1/2 วัน) 350 คน								
			10.2 เผื่อระวังความเสี่ยงและ ส่งเสริมการนำ Innovation มาใช้ป้องกันความเสี่ยงด้าน Tube & Line	ต.ค.60- ก.ย.61	อุบัติการณ์ ระดับ E-I	จำนวน อุบัติการณ์ระดับ E-I	ลดลง ร้อยละ50	15	64	89	วิลาวัลย์
			- ทบทวนและกำหนดแนว ปฏิบัติเฉพาะสำหรับการ ดูแล Line ชนิดต่างๆ - จัดทำนวัตกรรมเพื่อยืด Lineต่างๆไม่ให้เลื่อนหลุด - ทบทวนอุบัติการณ์Tube เลื่อนหลุดระดับ E-I ร่วมกับทีมสหสาขาที่ เกี่ยวข้องเพื่อหาแนว ทางแก้ไขและกำหนดแนว ปฏิบัติ		การปฏิบัติตาม แนวทางที่ กำหนด	การปฏิบัติตาม แนวทางที่ กำหนดผ่าน เกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	
			10.3 เผื่อระวังความเสี่ยงและ ส่งเสริมการนำ Innovation มาใช้ป้องกันความเสี่ยงด้าน Identification		อุบัติการณ์ ระดับ E-I	จำนวน อุบัติการณ์ ระดับ E-I	ลดลง ร้อยละ 50	2	2	3	คุณพรทิศา

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			-ปรับแนวปฏิบัติการระดับ -กิจกรรมพิเศษทางการ พยาบาล -QA แนวปฏิบัติเรื่องการระ บุ -ประสานงานกับหน่วยงาน อื่นๆ เช่น หน่วยเวชระเบียน แผนกเอกซเรย์								
					การปฏิบัติตาม แนวทางที่ กำหนด	การปฏิบัติตาม แนวทางที่ กำหนดผ่าน เกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100				
			10.4 โครงการ Iden festival - จัดกิจกรรม ประกวดผลงาน ประเภทโปสเตอร์การบ่งชี้ตัว ผู้ป่วย	28 มี.ค. 61	-ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	100 คน	NA	NA	NA	คุณพรทิวา
					ผลงานที่ส่งเข้า ประกวด	จำนวนผลงานที่ ส่งเข้าประกวด		NA	NA	NA	
					ความรู้	คะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นและผ่าน เกณฑ์ 80%	ร้อยละ 100				

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			10.5 เผื่อระวังความเสี่ยงและ ส่งเสริมการนำ Innovation มาใช้ป้องกันความเสี่ยงด้าน Fall - ประกวดคลิปวิดีโอ แนวทาง/นวัตกรรมการ ป้องกัน Fall - ทบทวนแนวปฏิบัติการ ป้องกัน Fall OPD - การนำนวัตกรรม/แนว ปฏิบัติที่ได้จากการแลกเปลี่ยน เรียนรู้มาประกาศใช้ - ทบทวนนวัตกรรมของ เครือข่ายมาประกาศใช้	ต.ค.60- ก.ย.61	อุบัติการณ์ ระดับ E-I	จำนวน อุบัติการณ์ระดับ E-I	ลดลง ร้อยละ 50	15	14	13	คุณนันทา
			10.6 จัด rally ทบทวนการ เผื่อระวังความเสี่ยง	4-5 เม.ย. 61	ความพึงพอใจ	คะแนนความพึง พอใจ	≥ 4	NA	NA	NA	คุณนันทา* และทีม
			ด้านด้านยา, Identification , Tube & Line , Fall		ผู้เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม	80 คน	NA	NA	NA	
					ความรู้	คะแนนความรู้ ผ่านเกณฑ์	≥ ร้อยละ100	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			10.7 ทบทวนระบบ Service Recovery Process	ต.ค.60- ก.ย.61	คลังความรู้	หนังสือสรุป บทเรียนการ จัดการข้อ ร้องเรียน	1 เล่ม	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี
			- KS โดย story telling / เสวนา								
			- จัดทำคลังความรู้เรื่อง SRP								
			- จัดประกวดให้รางวัล/ รณรงค์								
			10.8 Risk round ความ เสี่ยงทางคลินิกและ non clinic	ต.ค.60- ก.ย.61	กิจกรรม	จำนวนครั้งการ ทำกิจกรรม	≥ 6 ครั้ง	NA	NA	NA	คุณลักษณะมีและ ทีม
					กิจกรรม/ ระบบงานที่ ปรับเปลี่ยน/ พัฒนา	จำนวน ระบบงานที่ ปรับเปลี่ยน/ พัฒนา		NA	NA	NA	
			10.9 โครงการประกวดคลิป วิดีโอ การป้องกันความเสี่ยง และความปลอดภัยด้านด้าน ยา, Identification ,	25 เม.ย. 61	ความพึงพอใจ	คะแนนความพึง พอใจ	≥ 4	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี* และทีม
					ผู้เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม	150 คน	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			Tube & Line , Fall		ผลงานที่ส่งเข้า ประกวด	จำนวน-ผลงานที่ ส่งเข้าประกวด		NA	NA	NA	
	Safety, Healthy Happy Workplace	สนับสนุนการสร้าง เสริมคุณภาพชีวิต บุคลากร	11. ฝ้าระวังความเสี่ยงและ ความปลอดภัยของบุคลากร ด้านการใช้ social media และการเยียวยา second victim	ต.ค.60- ก.ย.61	แนวปฏิบัติ	จำนวนแนว ปฏิบัติ	2 เรื่อง	NA	NA	NA	คุณลักษณะมี
			- สร้างแนวปฏิบัติการใช้ social media อย่างปลอดภัย และ การเยียวยา second victim		อุบัติการณ์	จำนวน อุบัติการณ์		NA	NA	NA	
			12.โครงการให้ความรู้สู่ ประชาชนภายในโรงพยาบาล - จัดเวทีสุขภาพและจัด กิจกรรมวันมหิดล	ต.ค.60- ก.ย.61	กิจกรรม	จำนวนกิจกรรม/ จำนวนเรื่อง	27 ครั้ง	27	28	27	
					ความพึงพอใจ	คะแนนความพึง พอใจโดยรวม	≥ 3.50	NA	3.65	3.63	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ		
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560			
สนับสนุนการ สร้างและใช้ นวัตกรรมใน การ รักษาพยาบาล และ การบริหาร จัดการ		เพิ่มขีดความสามารถ ขององค์กรไปสู่การเป็น องค์กร ด้านนวัตกรรมและ เทคโนโลยี สมัยใหม่	13.โครงการ Quality day 13.1 โครงการ Quality day for nurse	7-8 มิ.ย.	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	RN 300 คน	198	350	300	ลักษมี		
				61			ผลงานที่ส่งเข้า ประกวด	จำนวนผลงานที่ ส่งเข้าประกวด	≥ 60	46		100	84
							ความพึงใจ ภาพรวม	คะแนนความพึง ใจภาพรวม	≥ 3.26	3.78		3.67	3.34
			13.2 โครงการ Quality day for non-nurse	25-26 ก.ค. 61	ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม	RN 300 คน	NA	NA	300	คุณลักษมี		
			ผลงานที่ส่งเข้า ประกวด	จำนวนผลงานที่ ส่งเข้าประกวด			≥ 30	NA	NA	70			
				ความพึงใจ ภาพรวม			คะแนนความพึง ใจภาพรวม	≥ 3.26	NA	NA		3.51	
			13.3 ส่งเสริมการเผยแพร่ ผลงานที่ได้รับการคัดเลือก เสนอกายนอกองค์กรทั้ง ในและต่างประเทศ	ต.ค.60- ก.ย.61	ผลงานที่ได้รับ การคัดเลือก เสนอกาย นอกองค์กรทั้ง ในและ ต่างประเทศ	จำนวนผลงานที่ ได้รับการ คัดเลือก เสนอกาย นอกองค์กรทั้ง	≥ 5 เรื่อง	NA	NA	16	ลักษมี		

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
	เพิ่ม ประสิทธิภาพ การ รักษาพยาบาล	เพิ่มประสิทธิภาพการ บริหารจัดการด้านยา	15.ลดความคลาดเคลื่อนใน การบริหารยา	ต.ค.60- ก.ย.61	ความคลาด เคลื่อนทางยา	อัตราความคลาด เคลื่อนทางยา รวม	<0.54/1000 วันนอน	NA	NA	NA	คุณศรีพงา
						Administration error (ภาพรวม)	<0.54/1000 วันนอน	NA	NA	NA	
						ระดับ A-B	<3.74/1000 วันนอน	NA	NA	3.29	
						ระดับ C-D	<0.70/1000 วันนอน	0.69	0.88	1.04	
						ระดับ E-F	<0.04/1000 วันนอน	0.02	0.05	0.04	
						ระดับ G-I	0	0	0.01	0	
					ความคลาด เคลื่อนทางยา HAD	จำนวน ความคลาด เคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	0	NA	NA	3	
					ความคลาด เคลื่อนทางยา เคมีบำบัด	จำนวน ความคลาด เคลื่อนทางยา	0	NA	NA	1	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
						เคมีบำบัดระดับ E ขึ้นไป					
					ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยแพ้ ยาซ้ำ	0	NA	NA	8	
					การบริหารยา ตรงเวลา มาตรฐาน	การบริหารยาผิด ตรงเวลา มาตรฐาน	>ร้อยละ90	86.39	87.08	87.95	
						บริหารยา Stat A ≤ 30นาที	ร้อยละ85	81.49	82.15	82.77	
						บริหารยา Stat B(antibiotic) ≤ 60นาที	ร้อยละ85	60.27	66.20	70.27	
						บริหารยา Stat B(other) ≤ 60 นาที	ร้อยละ 85	87.10	82.34	87.07	
			15.1 โครงการอบรมให้ความรู้ เชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลแบ่ง ตามกลุ่ม IDP เจาะลึกตาม ประเด็นที่วิเคราะห์ -อบรมความปลอดภัยในการ บริหารยา (เพิ่มประเด็น		สอบวัดความรู้	คะแนนความรู้ ผ่านเกณฑ์ 80%	≥ ร้อยละ80	NA	NA	NA	

ความท้าทาย เชิงกลยุทธ์	เชื่อมโยงกับ แผนกลยุทธ์ โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ (Strategic Objective)	แผนปฏิบัติการ (Action Plan)		ตัววัด (measure)	ดัชนีชี้วัด (Indication)	เป้าหมาย ปี งบประมาณ.2561	ผลการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี งบประมาณ.2561-2562	วัน-เวลา				2558	2559	2560	
			จริยธรรมของพยาบาล ไม่ให้เอา ยาของผู้ป่วยอื่นไปใช้) -อบรมการ set การ์ดยา (ตาม IDP 5 รุ่น) -แลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก อุบัติการณ์ทางยา(พยาบาล อายุงาน >5 ปี)								
			15.2 โครงการ Training to the trainer - พัฒนาศักยภาพกรรมการ - Medication Walk Rally	ต.ค.60- ก.ย.61	สอบวัดความรู้	คะแนนความรู้ เพิ่มขึ้น	≥ ร้อยละ80	NA	NA	NA	
			15.3 Quality Round โดย กรรมการและแกนนำ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก อุบัติการณ์ทางยา		กิจกรรม	จำนวนกิจกรรม	≥4 ครั้ง	NA	NA	NA	